

Współczesne postawy wobec śmierci i umierania

The current attitudes toward death and dying

Andrzej Guzowski¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Wojciech Kułak², Emilia Sarnacka¹, Mateusz Cybulski¹

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę” w Białymstoku

Streszczenie

Wprowadzenie: W każdej epoce można dostrzec odmienny stosunek człowieka do kresu życia, czego wyrazem są zróżnicowane postawy i wyobrażenia na temat śmierci.

Cel pracy: Ocena postaw wobec śmierci i umierania.

Materiał i metody: Badaniem objęto 150 losowo wybranych osób i wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy.

Wyniki: Za najważniejszą wartość w życiu badani uznali szczęście rodzinne (25,1%). Największe znaczenie towarzyszenia obrzędu religijnego przypisali pogrzebowi (75,3%). Najczęściej (71,9%) słyszając słowo „śmierć”, odczuwali zadumę i refleksję, kojarzyło im się ono głównie z przemijaniem i nieuchronnością (66,8%). Śmierci bało się 42,1% osób, a w życie po śmierci wierzyło 66,9%. W opinii 38,8% badanych śmierć powinna być zawsze następstwem choroby i dotyczyć wyłącznie ludzi starszych. Zdaniem 34,9% badanych w chwili śmierci bliskiej osoby czuliby głównie rozpacz. Większość (68,9%) twierdziła, iż ludzie są świadomi tego, że umierają. O śmierci z innymi osobami rozmawiało 74,9% ankietowanych. Dobra śmierć to przede wszystkim śmierć bez bólu – uważało tak 45,9% respondentów, a zła śmierć to śmierć samotna (60,9%). W największym stopniu postrzeganie śmierci kształtuje rodzina. Główne cechy śmierci spersonalizowanej to: brak płci (72%), wygląd – szkielet (60%), główna cecha charakteru – wyniosłość (38%), a najważniejszy atrybut to kosa (44%).

Wnioski: Jedna piąta badanych bała się śmierci. Większość badanych była przekonana, że religia może wpływać na postrzeganie śmierci, a jej postrzeganie zmienia śmierć bliskiej osoby. Prawie wszyscy respondenci twierdzili, że istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci. Najczęściej prezentowaną postawą wobec śmierci była postawa unikowa. W opinii większości badanych najlepszym miejscem pochówku jest cmentarz, a miejscem do umierania – dom.

Słowa kluczowe: śmierć, umieranie, postawy.

Abstract

Introduction: In any era it can be seen the different attitude of man towards the end of life, which is also reflected in different attitudes and ideas about death.

Aim of the study: To establish the attitudes towards death and dying.

Material and methods: This study included 150 randomly selected persons and used the original questionnaire.

Results: 25.1% of the respondents chose lucky family as the most important values in life. The most important attribute of religious ritual ceremonies was funeral (75.3%). Most respondents (71.9%) hearing word "death" felt reverie and reflection. 66.8% of respondents, word "death" was associated with the passing and inevitability. 42.1% of respondents were afraid of death and 66.9% believed in life after death. 38.8% of respondents, death should be a consequence of the disease and the elderly. 34.9% of respondents would feel despair at the time of death of a loved one. Most respondents (68.9%) reported people are aware they are dying. 74.9% of respondents talked about death with others. For 45.9% of respondents, good death: death without pain for 60.9% bad death – alone. Family forms death perception. Main features of the personalized death are including the difficulty in determining sex (72%), look – skeleton (60%), main virtue – eminence (38%), scythe (44%).

Conclusions: One fifth of respondents feared death. Almost all reported the concept of "good" and "bad" death. Respondents most frequently had death-avoiding attitude. For most respondents, the best place for the burial is cemetery, and place to die – house.

Key words: death, dying, attitudes.

Adres do korespondencji:

dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny,
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 7 A, 15-096 Białystok, e-mail: andrzej.guzowski5@gmail.com

WPROWADZENIE

W każdej epoce i we wszystkich systemach filozoficzno-religijnych można dostrzec odmienny stosunek człowieka do kresu życia, czego wyrazem są zróżnicowane postawy i wyobrażenia na temat śmierci. Śmierć jest bowiem nieodłącznym elementem życia każdego człowieka, zjawiskiem powszechnym i niezmiennym, ale zawsze będącym złożoną reakcją relacji człowiek umierający i otoczenie: rodzina, przyjaciele, znajomi.

W naszej kulturze, za: Mir [1], śmierć jest zjawiskiem paradoksalnie postrzeganym niejako „podwójnie” – z jednej strony jako coś patologicznego i wstydliwego, zepchniętego na margines życia społecznego, a z drugiej strony stanowi, zwłaszcza pewne jej formy, przedmiot nieustających fascynacji.

Jednym z najstarszych znanych tekstów mówiących o śmierci jest Biblia, w której został opisany jej początek i koniec, a pierwsza zapowiedź śmierci narodziła się w raju i była wynikiem grzechu pierworodnego, karą za niewierność Bogu.

W średniowieczu panowało przekonanie, że życie doczesne jest mniej ważne od życia wiecznego, człowiekowi tego okresu towarzyszyły *memento mori* – pamiętaj o śmierci, oraz chwalebna *ars moriendi* – sztuka umierania. Wierzano, że śmierć uzależniona jest od tego, jak człowiek żył – ludzie prawi umierali lekko, a ludzie źli i występni w mękach i cierpieniu. W tym okresie, za: Vovelle [2], przeciętna długość życia wynosiła 30 lat, a człowiek 40-letni uznawany był za starca. Umieralność przed 20. rokiem życia wynosiła ok. 40%, w tym duża śmiertelność dotyczyła dzieci. Najczęściej umierano śmiercią gwałtowną (w pożarach, od piorunów, z powodu wypadków – np. upadku z konia, zabójstwa) lub w wyniku chorób, w tym epidemii [cyt. za 2].

W renesansie śmierć była problemem rzadziej poruszonym, czymś odległym, co z pewnością wiązało się z tym, że twórcy kierowali się chętnie maksymą epikurejską *Carpe diem* – chwytaj dzień. W początkach tego okresu, za: Aries [3], pozornie wstępowały te same zjawiska co w średniowieczu (*artes moriendi*, motywy tańca śmierci, trupie czaszki i piszczele w kościołach, obowiązek spisywania testamentów, przypisywanie testamentom charakteru sakralnego).

Od końca XIV wieku do XVIII wieku ideałem stała się śmierć spokojna, do której człowiek był należyście przygotowany, ponieważ całe życie o niej rozmyślał [3].

W XVI wieku uważano, że o śmierci należy myśleć przez całe życie, a nie tylko w jej godzinie, że należy się do niej przygotowywać. Wierzano, że dobrą śmierć ma ten, kto dobrze żyje [3].

W kolejnych latach, za: Aries [3], stopniowo wyłaniała się postawa przejawiająca się: walką z zabobonami (m.in. modlitwy, które miały zapewniać poznanie godziny swej śmierci albo zbawienie), pojawieniem się w połowie XVII wieku w powszechnej świadomości pojęcia czyściec, zyskiwaniem popularności grobu duszy (tablica fundacyjna – połowa XVII wieku) lub zmianą stosunku do momentu śmierci od XVI wieku: dewaluacja znaczenia *horae mortis* (godzina śmierci), zanikanie ostrzeżenia przed śmiercią, pojawianie się przekonania, że o zbawienie trzeba dbać przez całe życie, a nie dopiero na łożu śmierci, skutkiem tego skrucha na łożu śmierci traci swe wcześniejsze znaczenie.

W baroku panowało przeświadczenie o ciągłym konflikcie pomiędzy śmiertelnym ciałem a nieśmiertelną duszą. Uważano, że człowiek jest bezsilny wobec nieuchronnie zbliżającej się śmierci, a życie ludzkie bardzo ulotne i nietrwałe.

W okresie oświecenia, za: Vovelle [2], można było obserwować różne sposoby postrzegania śmierci: jako najwyższego zgorszenia, jej kwestionowania czy postrzegania w kontekście dyskursu katolickiego: „codzienne umieranie”, motyw kary boskiej i męk piekielnych.

Pod koniec XVIII wieku w zbiorowej świadomości pojawiła się idea zaświatów, w których po śmierci połączą się kochające się osoby, ponieważ śmierć jest tylko przerwą we wspólnym życiu [2]. Śmierć zaczęła jawić się jako coś pozytywnego – jako wybawicielka, źródło ukojenia i spokoju, zakończenie bólu istnienia [2].

W romantyzmie, za: Aries [3], zaczęło dominować przekonanie, że strach przed śmiercią wynika z oddalenia od natury, wychowania, dlatego większy jest wśród mieszkańców miast, którzy wyolbrzymiają potęgę śmierci. Wśród mieszkańców wsi, którzy mieli większy kontakt z naturą, strach przed śmiercią był mniejszy, ponieważ występowało u nich specyficzne z nią spoufalenie [3]. W tym okresie pod pojęciem „dobrej śmierci” rozumiano śmierć spokojną, bezbolesną i sądzono, że agonia jest straszniejsza dla otoczenia niż dla samego umierającego oraz że śmierci nie należy się bać. Wierzano, że strach przed śmiercią jest wynikiem przesądów, wychowania i strasznych obrzędów pogrzebowych [3].

W epoce Młodej Polski stosunek do śmierci był różny. Z jednej strony nie godzono się ze śmiercią, gdyż

przerazała, była czymś narzuconym, czemu trzeba się poddać. U innych budziła uczucie zniewolenia i podporządkowania biologicznym prawom, spychając na dalszy plan wartości duchowe i wyższe potrzeby oraz pozbawiając bezcennego poczucia wolności. Stawała się również obiektem pożądania, stanowiąc wybawienie od codziennego bólu istnienia.

Wiek XX to postępująca laicyzacja europejskich społeczeństw, coraz dłuższe życie i postępująca jego medycyzacja, w wyniku czego śmierć stała się tematem wstydlivym, tematem tabu.

W opinii Spingera [4] przez wieki podstawą orzekania o śmierci było ustanie oddychania i krążenia krwi. Dopiero w XX wieku za sprawą rozwoju medycyny zmodyfikowano definicję śmierci. W 1968 r. uznano, że kryterium śmierci człowieka powinna być śmierć jego mózgu, jako najważniejszego organu, a nie ustanie czynności serca [4].

Zdaniem Ziemińskiego [5], jeżeli zgodzimy się, że podstawą życia jest nadzieja, a jego sensem i spełnieniem miłość, to śmierć pozbawia życie wszelkiego sensu, rodząc pragnienie śmierci.

Celem niniejszej pracy była ocena postaw wobec śmierci i umierania.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu, którym objęto 150 losowo wybranych osób, wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z trzech części. Pierwsza zawierała pytania o płeć, wiek i miejsce zamieszkania. Druga – pytania o wyznanie religijne, o deklarację swojej religijności – postrzeganie siebie jako osoby wierzącej i praktykującej, częstość uczestniczenia w praktykach religijnych, najważniejsze wartości w życiu, rodzaj praktyk religijnych, w jakich uczestniczą, oraz znaczenie obrządku religijnego w takich istotnych momentach życiowych, jak np. narodziny, ślub czy śmierć. Część trzecia dotyczyła oceny odczuć po usłyszeniu słowa „śmierć”, skojarzeń związanych ze słowem „śmierć”, postrzegania umierania, deklaracji lęku przed śmiercią, myślenia o śmierci, wiary w życie po śmierci, przekonania, czy śmierć powinna być czy nie następstwem choroby i dotyczyć wyłącznie ludzi starszych, reakcji na śmierć kogoś bliskiego tak samo jak na kogoś obcego, odczuć w chwili śmierci bliskiej osoby, przekonania, czy ludzie są świadomi czy nie, że umierają, wpływu religii na postrzeganie śmierci, prowadzenia rozmów o śmierci, czynników wpływających na sposób postrzegania śmierci, sposobu, w jaki badani chcieliby umrzeć, miejsca, które zdaniem ankietowanych jest najlepsze, aby umrzeć, deklarowanych postaw wobec śmierci, preferowanego miejsca i formy pochówku, opinii o istnieniu pojęcia „dobrej” i „złej” śmierci, jakie zdaniem badanych są kryteria dobrej śmierci, jakie zdaniem badanych czynniki

kształtują postrzeganie śmierci. Respondentów poproszono także, aby zadeklarowali, jaką płeć, jaki wygląd, charakter i atrybuty przypisałiby śmierci, gdyby mieli namalować spersonalizowaną śmierć.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 150 losowo wybranych osób, w tym 142 kobiety i 8 mężczyzn, w wieku 20–50 lat (średnio 50 lat \pm 30,2 roku), w tym 66,7% mieszkańców miast i 33,3% mieszkańców wsi.

Za najważniejsze wartości w życiu badani uznali: szczęście rodzinne – 25,1%, grono zaufanych przyjaciół – 16,2%, zachowanie dobrego zdrowia – 15%, szacunek innych ludzi – 9,7%, dobre wykształcenie – 9,6%, wiarę religijną – 7,2%, spokój – 5%, dobrobyt, bogactwo – 4,3%, życie pełne przygód i wrażeń – 3,5%, pracę zawodową – 3,2%, sukces, sławę – 2,4% oraz dobro ojczyzny i kontakt z kulturą – po 1%.

Twierdzili także, że dla człowieka najważniejsza jest przyszłość – 82,8%, w dalszej kolejności przeszłość – 10%, najmniej ważna zaś teraźniejszość – 7,8%.

Respondenci reprezentowali następujące wyznanie religijne: katolicyzm – 64%, prawosławie – 27,3% i protestantyzm – 4,7%. Jako ateści zadeklarowało się 4% badanych.

Za osoby wierzące i praktykujące uznało się 36,5% respondentów, 10,5% wyraziło przeciwną opinię, a 53% miało problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi.

Respondenci swoją religijność oceniali jako: jestem bardzo religijna/y – 33,1%, jestem raczej religijna/y – 23,9%, jestem raczej niereligijna/y – 13,1%, w ogóle nie jestem religijna/y – 6,9% lub jestem niezdecydowana/y, ale przywiązana/y do tradycji – 3%.

Najwięcej badanych (22,9%) nie uczestniczyło w praktykach religijnych, a pozostali czynili to tylko w przypadku świąt – 20,1%, kilka razy w roku – 18,2%, kilka razy w miesiącu – 13,8%, raz w tygodniu – 11%, kilka razy w tygodniu – 7%, codziennie – 4,5%, bądź tylko w innych okolicznościach – 2,5%, takich jak ślub czy pogrzeb.

Ankietowani deklarowali, że uczestniczą w takich praktykach religijnych, jak: śniadanie wielkanocne – 91,8%, wigilia Bożego Narodzenia – 77,2%, sakrament komunii – 76,8%, nawiedzanie kościoła – 71,2%, śpiewanie kolęd – 53,5%, bierzmowanie – 44,5%, pierwsza komunika – 15,8%, procesja w dzień Bożego Ciała – 11,2% i kolęda księdza – 10%.

Respondenci największe znaczenie towarzyszenia obrzędu religijnego przypisali takiej ceremonii, jak pogrzeb – 75,3%. Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Ankietowani twierdzili, że słysząc słowo „śmierć”, odczuwali zadumę, refleksję (71,9%), strach (23,1%) lub ciekawość (5%).

Tabela 1. Opinia badanych o znaczeniu towarzyszenia obrzędu religijnego istotnym momentom życiowym

Znaczenie	Ceremonia (%)		
	chrztu	ślubu	pogrzebu
w ogóle nie jest ważna	0	0	0
raczej nie jest	0	0	0
obojętne	11,3	29,3	0
raczej ważna	22	58,7	24,7
bardzo ważna	66,7	29,3	75,3
razem	100	100	100

Tabela 2. Deklaracja myślenia o śmierci

Odpowiedź	Śmierć (%)			
	własna	najbliższych	kolegów/ koleżanek	innych ludzi
tak	13,3	16	4	2
nie	67,3	56	27,3	57,3
trudno powiedzieć	19,3	28	32,7	40,7
razem	100	100	100	100

Samo słowo „śmierć” kojarzyło się respondentom z: przemijaniem i nieuchronnością – 66,8%, starością – 49,2%, czymś przykrym – 49,1%, cierpieniem – 39,9%, strachem – 32,3%, chorobą – 24,7%, bólem lub spokojem – po 21%, smutkiem – 17,3%, gniewem – 14,7%, zakończeniem życia ziemskiego – 12,2%, samotnością – 10,8%, trumną – 5%, oczekiwaniem na drugie przyjscie (zmartwychwstanie) – 2%.

Umieranie w opinii badanych to nieuchronność cierpienia – 48,9%, ból – 32,1%, rozstanie – 19%.

Śmierci bało się 42,1% ankietowanych, lęku przed nią nie odczuwało 27,1%, a 30,8% nie potrafiło się zadeklarować w tej kwestii.

W życie po śmierci wierzyło 66,9% ankietowanych, 2,9% nie myślało o tym, a 31% nie było w tej kwestii zdecydowanych.

Respondenci częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%) niż o własnej (13,3%). Pozostałe dane zawarto w tabeli 2.

W opinii 38,8% badanych śmierć powinna być zawsze następstwem choroby i dotyczyć wyłącznie ludzi starszych. Odmiennej opinii wyraziło 16,2% z nich, a aż 45% miało problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi.

Na wiadomość o śmierci kogoś bliskiego tak samo jak na kogoś obcego reagowało 31,8% respondentów, odmiennie 45,1% badanych, a 23,1% nie było pewnych swej reakcji.

W chwili śmierci bliskiej osoby ankietowani zareagowaliby w rozmaity sposób, w tym: czuliby rozpacz – 34,9%, modlili się, nie mogli opanować płaczu – 29,1%, odczuwaliby smutek – 29,8%, czuliby żal lub bezradność – po 17%, odczuwaliby strach – 16,2%, czuliby pokorę – 14,3%, czuliby pustkę – 10,7%, czuliby

ulgę, że zmarł w komforcie – 6,3%, czuliby zadumę lub odczuwaliby spokój – po 5%, nic by nie czuli – 1,7% albo czuliby się niezręcznie – 1%.

Większość badanych (68,9%) twierdziła, że ludzie są świadomi tego, że umierają. Odmiennej opinii wyraziło 27,1% osób, a 4% miało problem z jednoznaczną odpowiedzią.

O tym, że religia może wpływać na postrzeganie śmierci, przekonanych było 92,8% respondentów, uzasadniając powyższe tym, że religia najłatwiej tłumaczy sens życia i cierpienia. Nie podzielało tego zdania 1,1% badanych, nie podawali oni też żadnego wyjaśnienia w tej kwestii. Niezdecydowanych w tym zakresie było 6,1%.

O śmierci z innymi osobami rozmawiało 74,9% ankietowanych. Nie podejmowało tego tematu 18,1% osób, a 7% udzieliło niejednoznacznej odpowiedzi.

Zdaniem badanych postrzeganie śmierci zmieniają: śmierć bliskiej osoby – 58,9%, każda śmierć – 18,1%, choroba bliskiej osoby – 18,9%, każda choroba – 3,1%.

Sposobami, w jaki chcieliby badani kiedyś umrzeć, były: nagle, np. na atak serca – 25,8%, zasnąć i nie obudzić się – 42,1%, niezdecydowanych w powyższej kwestii było 36,1% osób.

Preferowanym miejscem do umierania były według ankietowanych: dom – 67,8%, szpital – 6,1% lub hospicjum – 2%. Problem z decyzją miało 37,1% badanych.

Badanych poproszono o wypowiedzenie się na temat preferowanej przez nich postawy wobec śmierci. W tym celu zastosowano skalę punktową, w której badany otrzymywał 4 pkt za odpowiedź: zdecydowanie tak, 3 pkt za: raczej tak, 2 pkt za: raczej nie, 1 pkt za: zdecydowanie nie i 0 pkt za: trudno powiedzieć. Najczęściej prezentowaną postawą wobec śmierci było: *wyraźnie unikam kontaktu z umierającym, innymi członkami rodziny, personelem medycznym oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią* – średnio 2,4 ± 1,4 pkt. Najrzadziej preferowana postawa to: *akceptuję śmierć jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć, dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża* – średnio 0,7 ± 0,9. Pozostałe wskazania przedstawiono w tabeli 3.

W opinii większości badanych (86,9%) najlepszym miejscem pochówku jest cmentarz, 3,1% osób twierdzi, że jakieś inne urokliwe miejsce. Dla 10% ankietowanych obojętne było, gdzie będzie miejsce pochówku.

Respondenci jako formy pochówku preferowali pochowanie na cmentarzu – 62,9%, w formie tradycyjnej, w trumnie – 47,1%, rozrzucenie prochów nad morzem, w rodzinnych stronach – 26,4% lub kremację – 14,6%. Dla 10% badanych miejsce pochówku nie miało znaczenia, a 3% osób było niezdecydowanych w tej kwestii.

Tabela 3. Preferowane postawy wobec śmierci

Postawa wobec śmierci/odpowiedź	Skala – punkty/liczba odpowiedzi					Średnia liczba punktów
	4 pkt	3 pkt	2 pkt	1 pkt	0 pkt	
odczuwam lęk podczas kontaktu z umierającym oraz w odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia	16	32	26	21	55	1,5 ±1,4
wyraźnie unikam kontaktu z umierającym, innymi członkami rodziny, personelem medycznym oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią	37	53	10	32	18	2,4 ±1,4
nie akceptuję śmierci, uważam, iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca, bez względu na koszty i środki, podaję choremu wyłącznie informacje budzące w nim nadzieję, nawet jeżeli nie mają one pokrycia w faktach	15	48	26	25	36	1,9 ±1,4
akceptuję śmierć jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieunikniony się zbliża	1	10	13	40	86	0,7 ±0,9

4 pkt – zdecydowanie tak, 3 pkt – raczej tak, 2 pkt – raczej nie, 1 pkt – zdecydowanie nie, 0 pkt – trudno powiedzieć

O tym, że istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci, przekonanych było 85,9% badanych. Pozostali (14,1%) mieli problem z jednoznaczną odpowiedzią.

W opinii badanych dobra śmierć to śmierć bez bólu – 45,9%, w obecności bliskich – 29,1%, lub nagle – 25%. Zła śmierć to śmierć samotna – 60,9%, w męczarniach – 34,1% lub gdy zostawia się niedokończone sprawy – 5%.

Do oceny stopnia wpływu poszczególnych czynników na postrzeganie śmierci zastosowano skalę punktową, w której badany otrzymywał 1 pkt za odpowiedź „w ogóle nie kształtuje”, 2 pkt za odpowiedź „kształtuje słabo”, 3 pkt za „kształtuje w umiarkowanym stopniu”, 4 pkt za „kształtuje mocno” i 5 pkt za „kształtuje bardzo mocno”. Zdaniem respondentów w największym stopniu postrzeganie śmierci kształtuje rodzina (średnio 4,3 ±1,0), a w najmniejszym radio (średnio 2,9 ±1,4). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Badanych poproszono o przypisanie atrybutów spersonalizowanej śmierci. Okazało się, że zdaniem większości (72%) badanych nie da się określić płci

śmierci. Jako jej wygląd 60% ankietowanych wskazało szkielet, za główną cechę charakteru śmierci uznano przede wszystkim wyniosłość (38%), a za najważniejszy atrybut – kosę (44%). Pozostałe wskazania zawarto w tabeli 5.

DYSKUSJA

Na przestrzeni dziejów postrzeganie śmierci przez społeczeństwo radykalnie się zmieniało – od, jak podaje Vuillemin [6], łączenia zgonu z przemianą duchową i cielesną (co było istotnym elementem większości religii i systemów filozoficznych) do odhumanizowanej medykacji śmierci w czasach obecnych. Dawne kultury, bardziej odporne na umieranie, wytworzyły model „śmierci oswojonej” [6]. Ludzie umierali w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem. Dziś coraz więcej ludzi chciałoby umrzeć szybko, bez bólu, w znieczuleniu, we śnie. Dlatego też temat śmierci jest pomijany, przemilczany i niewygodny [6].

Tabela 4. Stopień wpływu poszczególnych czynników na postrzeganie śmierci

Czynnik	Skala – punkty/liczba odpowiedzi					średnia
	1	2	3	4	5	
prasa	26	28	31	22	43	3,2 ±1,5
film	28	21	27	34	40	3,2 ±1,5
radio	33	36	20	33	28	2,9 ±1,4
telewizja	17	29	13	43	48	3,5 ±1,4
uczelnia	31	29	20	33	37	3,1 ±1,5
rodzina	3	5	26	30	86	4,3 ±1,0
znajomi	12	18	38	43	39	3,5 ±1,2

1 pkt – w ogóle nie kształtuje, 2 pkt – kształtuje słabo, 3 pkt – kształtuje w umiarkowanym stopniu, 4 pkt – kształtuje mocno, 5 pkt – kształtuje bardzo mocno

Tabela 5. Cechy spersonalizowanej śmierci w opinii badanych

Cecha	Osoby wskazujące daną cechę (%)
pleć	
nie da się określić płci	72,0
kobieta	21,3
mężczyzna	6,7
wygląd	
szkielet	60,0
rozkładające się zwłoki	30,0
piękna istota	6,7
bezsztatna masa	3,3
charakter	
wyniosta	38,0
bezlitosna	35,3
antypatyczna	22,0
życzliwa	2,7
sympatyczna	2,0
atrybuty	
kosa	44,0
czaszka	38,7
klepsydra	10,7
skrzydła	6,7

Rozwój medycyny zniósł wyraźną granicę pomiędzy życiem a śmiercią, doprowadził do instytucjonalizacji śmierci, a to wpłynęło także na sposób jej postrzegania.

W opinii Ostrowskiej [7] reakcje ludzi na „nienaturalną śmierć” są o wiele bardziej naturalne niż na zwyczajną śmierć wskutek choroby, która jest przecież przeznaczeniem znacznej większości ludzi.

Według Areisa [3] do końca średniowiecza koncentrowano się na śmierci własnej, od XVIII do XIX wieku (szczególnie w romantyzmie) – na śmierci drugiej osoby, a w XX wieku śmierć traktuje się jako nowe tabu naszych czasów.

Stosunek człowieka do śmierci i umierania zawsze cechują emocje warunkujące postawy wobec tych zjawisk [8]. Pecyna [9] podaje, że ludzie najczęściej postrzegają śmierć jako: naturalny koniec życia w ogóle, ból, samotność, nieznanie, obojętność, karę, klęskę, odwagę, nagrodę w życiu.

Nyklewicz i Krajewska-Kułak [10] objęli badaniem 100 pielęgniarek po studiach licencjackich, będących na studiach II stopnia, i wykazali, iż zdecydowana większość badanych pielęgniarek (74%) przeżywała ponadprzeciętnie silny lęk związany ze śmiercią. Tylko 1/5 osób stosowała skuteczny, zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem (SSZ), natomiast 78% nieefektywnie reagowała na stres. Zdecydowana większość pielęgniarek stosowała tłumienie gniewu

(69%), depresji (72%) i lęku (76%), jako sposoby poradzenia sobie z negatywnymi emocjami. U 39% pielęgniarek stwierdzono kwalifikujące do udzielenia profesjonalnej pomocy zaburzenia stanu zdrowia [10].

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] uczestniczyło 114 pielęgniarek, które podawały, iż podczas kontaktu z umierającymi odczuwają: smutek (38,6%) i bezradność (32,5%), jak gaśnie życie (27,2%) lub pokorę (22,8%). Raczej nie odczuwały lęku (35,96%), nie unikały kontaktu z umierającym (51,8%), nie akceptowały śmierci, twierdząc, iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca (34%), ale akceptowały śmierć jako zjawisko naturalne (40,4%) [11].

Lewko i wsp. [8] objęli badaniem 100 pielęgniarek pracujących w stacjach pogotowia ratunkowego na terenie województwa podlaskiego i wykazali wyższy poziom wypalenia zawodowego, szczególnie w podskali wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, który w badanej grupie pielęgniarek związany był z częstym rozmyślaniem o własnej śmierci. U pielęgniarek uważających, że do zjawiska śmierci można się przyzwyczaić, zaobserwowano niższy poziom subiektywnego poczucia braku osiągnięć osobistych [8].

W badaniu Mickiewicz i wsp. [12] wzięły udział 183 losowo wybrane pielęgniarki, które najczęściej (37,7%) wskazywały, że podczas śmierci chorego odczuwały smutek oraz bezradność (33,3%). Wrażenie odczuwania czegoś dziwnego, trudnego do opisania deklarowało 23,5% badanych. Pokorę odczuwało 20,8%, poczucie gaśnięcia życia – 17,5%, ulgę wobec cierpienia – 16,9%, poczucie bycia świadkiem jakiejś tajemnicy – 14,2%, żal – 13,7%, pustkę – 13,7%, zadumę – 13,1%, strach – 8,2%, spokój – 7,7%, niepewność – 8,2%, poczucie ulgi z powodu śmierci chorego w warunkach komfortu – 6%, a rozpacz – 5,5% osób. W chwili śmierci podopiecznego modliło się i nie mogło powstrzymać od płaczu 2,2% respondentów. Nic nie czuło 1,6%, a problem z oceną swoich odczuć zadeklarowało 23% badanych [12].

Sleziona i Krzyżanowski [13] objęli badaniem 120 osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza. Swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta pamiętało 53% respondentów, a 58% było świadkiem śmierci, która w szczególności sposób stała się dla nich ważnym i niezapomnianym przeżyciem. Większość pielęgniarek w miarę możliwości starała się towarzyszyć umierającemu pacjentowi oraz jego rodzinie, często podczas tych kontaktów występowało jednak uczucie smutku (70%), współczucie (67%) oraz bezradność i bezsilność (58%). Doświadczenie śmierci pacjentów u 73% ankietowanych wpływa na postrzeganie ich własnej śmierci, a u 55% również na ich życie osobiste. Zdaniem prawie wszystkich badanych (99,2%) kontakt z pacjentami umierającymi uczy pewnych wartości i postaw [13].

Badania CBOS z 2001 r. [14] wykazały, że większość (60%) dorosłych Polaków nie obawia się śmierci, a lęk budzi ona u co trzeciej ankietowanej osoby.

W prezentowanym badaniu śmierci bało się 42,1% ankietowanych, a w chwili śmierci bliskiej osoby badani zareagowaliby w rozmaity sposób, najczęściej czuliby rozpacz – 34,9%, modlili się, nie mogli opanować płaczu – 29,1% lub odczuwaliby smutek – 29,8%.

Z postawami wobec śmierci ściśle wiąże się fakt umierania. Zdaniem Kübler-Ross [15, 16] proces umierania obejmuje etapy, które różnią się treścią i intensywnością umierania oraz akceptacją nieuchronności śmierci. Przeprowadziła ona wiele rozmów z nieuleczalnie chorymi (200 pacjentów), co pozwoliło jej wyodrębnić pięć reakcji wobec śmierci, zwanych także etapami umierania: zaprzeczenie i izolacja, gniew, targowanie się, depresja i pogodzenie się [15, 16].

W obecnym badaniu dla największej (48%) liczby ankietowanych umieranie to nieuchronność i cierpienie.

Pojęcie śmierci w opinii Geberta [17] kształtuje się w rozwoju ontogenetycznym człowieka w podobny sposób jak i inne pojęcia.

Z biologicznego punktu widzenia śmierć to nieodwracalne ustanie wszystkich czynności ustroju oraz procesów przemiany materii we wszystkich jego komórkach. Pojmowana jest jako jeden z podstawowych elementów egzystencji, który wpływa na świadomość każdego człowieka.

W obecnym badaniu ankietowani twierdzili, że słowo „śmierć” kojarzy się im przede wszystkim (50%) ze starością, a słysząc je odczuwali najczęściej (71%) zadumę i refleksję. W opinii większości badanych dobra śmierć to śmierć bez bólu (45%), a zła śmierć to śmierć w samotności (60%).

Smith i wsp. [18] przedstawili wyniki badań dotyczących związku między chorobą, religijnością, postawami wobec śmierci i lękiem śmiertelnym. Zakładali, że bardziej negatywnemu wartościowaniu zjawiska śmierci będzie towarzyszył większy lęk przed nią, a wiara w życie po śmierci może go obniżyć. Zbadali 20 pacjentów chorych terminalnie mających przed sobą rok życia, którzy wiedzieli o tym. Piętnastu z 20 badanych twierdziło, że nie boi się śmierci. W ocenie wpływu wiary w istnienie po śmierci autorzy [18] ustalili zależność krzywoliniową – osoby o skrajnych poglądach bały się mniej od tych, które nie wyrażały stanowiska w sprawie życia po śmierci.

Przedstawiciele obu płci, za: Smith i wsp. [18], przeżywają zwykle podobny ból w obliczu śmierci kogoś bliskiego, jednakże kobiety dużo łatwiej uzewnętrzniają swoje bolesne przeżycia, chętniej o tym mówią i łatwiej przyznają sobie prawo szukania pomocy oraz wsparcia u innych ludzi. Mężczyźni w opinii Dziewieckiego [19] z reguły próbują radzić sobie w samotności ze swoim bólem i z trudem go uzewnętrzniają, unikają rozmów na ten temat.

Szaniawski [20] wyróżnia pięć podstawowych postaw zależnych od naszej osobowości, takich jak:

- ambiwalentna – osoba z jednej strony ma świadomość, że śmierć jest wartością, z drugiej, że stanowi największą niepewność, smutną konieczność, koniec nadziei i tragedię. Boi się jej, ale też podejmuje próbę myślenia o niej;
- spokojna – osoba akceptuje śmierć, śmierć to nie tragedia, ale tajemnica, droga do odrodzenia i oczyszczenia. Myślenie o śmierci motywuje ją do zmiany własnego życia;
- religijna – osoba ujmuje śmierć w perspektywie wiary, ale nie zawsze według niej żyje. Często myśli o własnej śmierci i bliskich jej osób, co nie przeszkadza jej w optymistycznym patrzeniu na życie, śmierć jako zjednoczenie z Bogiem.
- unikowa – osoba nie myśli o własnej śmierci, nie uważa jej za najważniejsze zagadnienie, nie stanowi dla niej tragedii, nie przeraża jej, często jednak myśli o śmierci bliskich.
- przerażona – śmierć jako centralny problem życia, największa niepewność, osoba boi się jej i często o niej myśli, jednak ta refleksja nie pomaga jej w lepszym życiu.

W opinii Kaczmarek [21] współczesny stosunek do śmierci ma przynajmniej trzy oblicza: przyjmowanie postawy indyferentnej, traktującej śmierć jako unicestwienie i negatywność, zakorzenienie jej w horyzoncie teologicznym, scalającym umieranie z perspektywą wieczności, o której myśl ma ukierunkować doczesne ludzkie życie, oraz działania „oswajające śmierć” – ruchy hospicyjne, które nie zawsze są związane z określonym dyskursem religijnym, jednak przywracają śmierci jej społeczną akceptację i odrzucają kategorię nieprzyzwoitości cierpienia i choroby.

Według Kolbuszewskiego [22] pod koniec XX wieku współistnieją ze sobą:

- kryzys śmierci – unikanie mówienia i myślenia o śmierci, odsunięcie jej i umierania od codziennego życia – umieranie większości ludzi w szpitalach, komercyjne podejście do obrzędu pogrzebowego, rodzina fizycznie nie uczestniczy w przygotowaniu zmarłego do pogrzebu,
- pornografia śmierci – śmierć staje się przedmiotem widowiska i fascynacji, jest eksponowana, np. w filmowych scenach nagłej, gwałtownej śmierci, grach komputerowych itd.,
- renesans śmierci – dynamiczny rozwój naukowej refleksji tanatologicznej oraz rozwój ruchu hospicyjnego, opieki paliatywnej itd.

Według de Walden-Gałaszkó [23, 24] postawy wobec śmierci mogą mieć charakter negatywny, przejawiający się w przedmiotowym traktowaniu pacjenta i ignorowaniu jego potrzeb, oraz charakter pozytywny, cechujący się całościowym zaspokajaniem potrzeb chorego i poszanowaniem jego praw.

W badaniach Merklinger-Soma i wsp. [25] wzięło udział 33 mężczyzn – ratowników medycznych. Autorzy w badanej grupie wyłonili trzy typy postaw towarzyszących ratownikom medycznym w czasie kontaktu ze śmiercią: neutralny, zdystansowany i emocjonalny. Zdaniem badaczy [25] elementy idealnej postawy, jaką przyjmują ratownicy medyczni wobec śmierci, reprezentuje typ neutralny.

W obecnym badaniu wykazano, że na sposób postrzegania śmierci najbardziej wpływa śmierć bliskiej osoby – uważało tak 58,9% badanych, a kształtuje je najczęściej rodzina. Jednak aż 92,8% respondentów było przekonanych, że także religia może wpływać na postrzeganie śmierci. Ankietowani preferowali unikową postawę wobec śmierci.

Copp [26] sugeruje, że współcześnie nie zauważa się, aby śmierć była akceptowana jako naturalna część życia człowieka, a personel opiekujący się chorym jest przez to ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią.

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] śmierć jako zjawisko naturalne akceptowało 41,2% badanych pielęgniarek, z reguły osoby pracujące najkrócej (80%).

W opisywanym w niniejszej pracy badaniu respondenci częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%) niż o własnej (13,3%).

Według antropologów, za: Vuillemin [6], świadomość zbliżającej się śmierci jest jednym z elementów odróżniających człowieka od zwierzęcia. Śmierć jako zjawisko powszechne, przyszłe i pewne, dotykające każdego członka społeczeństwa, zawsze budziła wielkie zainteresowanie nie tylko poszczególnych jednostek, lecz także całej społeczności. W kolejnych epokach historycznych próbowano oswoić się z tym wydarzeniem przez wypracowanie zachowań i rytuałów, które miały mieć zastosowanie w momencie śmierci [6].

WNIOSKI

1. Jedna piąta badanych bała się śmierci.
2. Większość była przekonana, że religia może wpływać na postrzeganie śmierci, a postrzeganie śmierci zmienia śmierć bliskiej osoby.
3. Prawie wszyscy twierdzili, że istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci.
4. Najczęściej prezentowaną postawą wobec śmierci była postawa unikowa.
5. W opinii większości badanych najlepszym miejscem pochówku jest cmentarz, a miejscem do umierania – dom.

PIŚMIENNICTWO

1. Mir C. Idąc z aniołem śmierci. Wyd. Benedyktynów. Tyniec, Kraków 2010.
2. Vovelle M. Śmierć w cywilizacji zachodu. Od roku 1300 po współczesność. Słowo/obraz/terytoria, Gdańsk 2008.
3. Aries P. Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa 1998.
4. Singer P. O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. Biblioteka Myśli Współczesnej, Warszawa 1997.
5. Ziemiński I. Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci. *Diametros* 2007; 11: 111-141.
6. Vuillemin J. Śmierć w oczach zwierzęcia. W: *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Cichowicz S, Godzimirski JM (red.). PWN, Warszawa 1993; 35-37.
7. Ostrowska A. Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. IFIS PAN, Warszawa 1991.
8. Lewko J, Mielech D, Nyklewicz W i wsp. Przekonania pielęgniarek pogotowia ratunkowego na temat śmierci i umierania a poziom wypalenia zawodowego. *Probl Pielęg* 2009; 17: 92-97.
9. Pecyna MB. Moje spojrzenie na chorobę, umieranie i śmierć. *Pielęg* 2000 1998; 5: 18-21.
10. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2008; 16: 248-254.
11. Krajewska-Kułak E, Mickiewicz I, Lukaszuk C i wsp. Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 1-2: 43-49.
12. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K, Roslan K. Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej. *Med Paliat* 2011; 3: 151-162.
13. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 217-223.
14. Komunikat badań CBOS, BS/146/2001, O umieraniu i śmierci. CBOS, Warszawa 2001; 10: 1-19.
15. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. PAX, Warszawa 1979.
16. Kübler-Ross E. Życiodajna śmierć. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 2005.
17. Gebert K. Jednostka wobec śmierci. Dostępne na: <http://www.jednota.pl/archiwum/o-smierci/303-jednostka-wobec-mierci>, data pobrania 12.08.2013.
18. Smith DK, Nehemkis AM, Charter RA. Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *Int J Psychiatry Med* 1983-1984; 13: 221-232.
19. Dziewiecki M Ks. Śmierć, żałoba, życie. Dostępne na: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TS/smierc_zaloba_zycie.html, data pobrania 12.08.2013
20. Szaniawski T. Typy postaw wobec śmierci a osobowość. PAT, Kraków 1988.
21. Kaczmarek A. Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych. *Teka Kom Politol Stos Międzynar – OL PAN* 2009; 4: 165-179.
22. Kolbuszewski J. Problemy współczesnej tanatologii. Wydawnictwo WTN, Wrocław 1997.
23. De Walden-Gałuszko K. Stres pracy personelu medycznego. W: *Psychoonkologia*. de Walden-Gałuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 123-128.
24. De Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: *Podstawy opieki paliatywnej*. de Walden-Gałuszko K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 190-193.
25. Merklinger-Soma M, Dzikowska M, Dębska G. Postawy ratowników medycznych wobec śmierci – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2011; 35: 17-22.
26. Copp G. Palliative care nursing education: a review of research findings. *J Adv Nurs* 1994; 19: 552-557.